

くぼかわ医院 小児科 初診 問診票

※お手数ですが、太枠・太字のところを記入してください。

受付日 年 月 日

ふりがな			
名前	男 ・ 女		
生年月日	平成	年	月 日 (歳 ヶ月)
住所	〒		
電話番号			
緊急連絡先			
きょうだいは () 人、お子さんは () 番目。	保育園/幼稚園/学校名		

身長		cm
体重		kg
体温		度

※こちらで記入します。
待合室・診察室2・診察室3・処置室

SpO ₂		%
呼吸数		回/分
心拍数		回/分
血圧	/	mmHg

★今回の受診について教えてください。

① 受診の理由に○をつけ、いつから症状が出はじめたか、記入してください。

- ・ 発熱 (いつ)から 最高体温()℃
- ・ せき ()から
- ・ 鼻水 ()から
- ・ のどの痛み ()から
- ・ 吐く ()から 1日 ()回、色 ()、 ()
- ・ 下痢 ()から 1日 ()回、色 ()、赤いところがある、泥状、水様
- ・ 腹痛 ()から (どんな)
- ・ けいれん ()から (何時頃、どんな)
- ・ ぐったり・元気がない()から
- ・ ぶつぶつ・発疹 ()から かゆみ (あり・なし) 部位 () 塗っている薬 ()
- ・ めやに ()から かゆみ (あり・なし)
- ・ その他 (ご自由にお書きください)

② 食事・水分・母乳・ミルクはとれていますか？

食事：(全く取れない・少し取れる・普段通り) 水分・母乳・ミルク：(全く取れない・少し取れる・普段通り)

③ おしっこ(尿)はでていますか？

普段通り 少ない ない

④ いま飲んでいるお薬はありますか？

なし あり ()

⑤ 食べ物で、じんましんや呼吸器症状、ショックなどアレルギー反応がでたことはありますか？

なし あり ()

⑥ 薬を飲んで、じんましんや呼吸器症状、ショックなどアレルギー反応がでたことはありますか？

なし あり ()

⑦ 薬を飲んで、下痢になったことはありますか？

なし あり ()

⑧ 薬の処方が必要な場合、どのタイプの薬をご希望ですか？

水薬 粉薬 錠剤

★お子様について、教えてください。

① 出産について 正常 異常あり ()

② 新生児期について 正常 異常あり ()

③ けいれんを起こしたことはありますか？
なし あり (いつ頃、どんな)

④ 手術をしたことがありますか？
なし あり (いつ頃、どんな)

⑤ 今までに大きな病気にかかられたことはありますか？
なし あり (いつ頃、どんな)

⑥ アレルギーがあるといわれたことがありますか？
なし あり (アトピー、ぜんそく、鼻炎、結膜炎など)

★ご家族について、教えてください。

① 大きな病気にかかられた方はいらっしゃいますか？
なし あり ()

② アレルギーの方はいらっしゃいますか？
なし あり (アトピー、ぜんそく、鼻炎など)